LES VIROSES VESICULO-PUSTULEUSES

RAPPEL

- Herpès Virus = 08 humains
- VHS 1 et 2, VZV (Varicelle, Zona), CMV, EBV (MNI), VHH6 (Roséole infantile), VHH7 (certains érythèmes) , VHH8 (Kaposi)
- Virus à ADN
- Effet cytopathogène

- Evolution commune: 1ère infection, latence, récurrence symptomatique ou non
- Immunité cellulaire conditionne leur évolution (greffes, corticothérapie, VIH, immunosuppresseurs)

LA VARICELLE

PLAN

I - GENERALITES

- Maladie virale de l'enfance
- très contagieuse
- Bénigne sauf chez l'immunodéprimé
- Confère l'immunité

II – VIROLOGIE

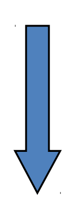
- Virus varicelle-zona (groupe herpes virus)
- DNA cubique

III - EPIDEMIOLOGIE

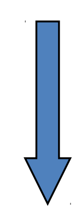
- Très contagieuse
- Endémo-épidémique
- Hiver
- Enfant 2-10 ans
- Transmission : gouttes salivaires ,liquide vésiculaire. Croûtes
- Contagiosité: 2 à 3 jours avant l'apparition des vésicules et se poursuit 4 à 5 jours après
- Réservoir : strictement humain
- Terrain : **enfant sain: bénigne**
  immunodéprimé; adulte ,grossesse, nouveau-né : **grave**

IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

- Varicelle : primo infection , immunité sérologique



- Zona : résurgence neuro-épidermique



- Varicelle : possible sujets neufs

V - CLINIQUE : **F .COMMUNE DE L'ENFANT**

A – INCUBATION : silencieuse 14 jours

B – INVASION :

2 jours

T° 38,5 °c ; malaise; parfois érythème scarlatiniforme

fugace


Vésicule
ombiliquée
vésicule
macule
papule

C – ETAT :

1 - éruption : début

extension / poussée ;âge différent

Aspect :
6 j

- macule
- papule 24 h
- vésicule: goutte de rosée
- dessiccation en 48 h
- croûte 4éme jour
- tombe vers le 10éme jours

prurit +++ ; pas de cicatrice ,

Topographie: ensemble du corps: surtout :le visage; le tronc; cuir chevelu : toujours, épargne paumes et plantes



2 – Énanthème : discret

constant

bouche+++ , pharynx+++ , œil , OG

Vésicule → érosion → ulcération (Herpangine)

EG conservé

T° modérée

Micropolyadénopathies cervicales

SMG +/-

NFS : leucopénie
monocytose

D -EVOLUTION

- Guérison sans séquelles : 10 jours

Complications :

1-cutanées : surinfections cutanées (staph) favorisées par AINS et TRT locaux

2-encéphalite

3-Atteinte cérébelleuse :3°- 4° jour

ataxie

troubles de la marche ,tremblement ,hypotonie

EEG +/- normal

PL normale ou +/-

Évolution: guérison

4-Pneumopathie : 1 à 7 jours après la varicelle (adulte++)

SDRA

5-laryngite

6-autres : kératite ,néphrite ,purpura .

VI - Formes CLINIQUES :

1 –F. symptomatiques

2- F. selon l'âge : N.né , adulte

3- F. selon le terrain :immunodéprimé
varicelle grave , AEG ,éruption ++ hémorragique
complications

la femme enceinte: grave, risque de foetopathie, ou varicele neonatale

VII –DIAGNOSTIC +: il est clinique

- Notion épidémiologique
- Absence d'ATCD
- Éruption caractéristique +++

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE: rarement

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

Zona , éruption dermatologique

prurigo strophulus,



VIII – TRAITEMENT

Traitement symptomatique :

Aspirine contre-Indiqué (∑d de *Reye*)

Anti-histaminiques

Ongles coupés courts et propres

Bains quotidiens

Pas de produits locaux

Traitement antiviral : immunod. n.né , femme enceinte:

Aciclovir inj : 10 – 15 mg / kg / 8 h (7 à 10 j)

Traitement des complications: Surinfection : ATB anti-staph

IX – PROPHYLAXIE :

Déclaration facultative

Éviction scolaire jusqu'à guérison

Isolement

Gamma-globulines spécifiques : immunod. dans les 96 h suivant l'exposition

LE ZONA

PLAN

I - INTRODUCTION
II - VIROLOGIE
III - EPIDEMIOLOGIE
IV - PHYSIOPATHOLOGIE
V - CLINIQUE
VI - F. CLINIQUES
VII -DIAGNOSTIC
VIII-TRAITEMENT
IX - PROPHYLAXIE

I - GENERALITES

- Maladie virale VVZ
- Peu contagieuse
- Éruption érythémato-vésiculeuse,
  ∑d algique , topographie neuro-radiculaire
- Adulte ,sujet âgé

II – VIROLOGIE

Idem varicelle

III - EPIDEMIOLOGIE

- Très peu contagieux
- Cas sporadique
- Zona → sujet non immunisé → varicelle
- Immunité durable
- Ne récidive jamais

IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

- Varicelle → VVZ latent ggl nerveux(raisons ?) →

X° VVZ cell ggl → territoire métamérique

- Facteurs favorisants : traumatisme , réflexe , hémopathie , SIDA..

V - CLINIQUE : zona intercostal moyen

A – INCUBATION : ?

B –DEBUT : douleurs radiculaires

hyperesthésie cutanée

causalgies

∑d infectieux +/-

ADP satellite (axillaire)

C – ETAT :

1 - Éruption :

topographie radiculaire

aspect unilatérale

placard érythémateux

vésicules comme herpès

dessiccation croûte

discrète cicatrice




Service de Dermatologie
CHU de DIJON

2 – Douleurs : brûlures

paroxysmes +++

hypoesthésie cutanée

persiste +/- sujet âgé

sequelles douloureuses

3 – ∑d infectieux : modéré

T° 38 – 39 °C

céphalées

4- ADP : satellites (axillaires)

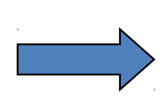
EVOLUTION

poussées 2 – 3 ,éléments d'âge différent

Guérison : 2- 3 semaines

Séquelles : douloureuses

cutanées achromiques +/- anesthésie



Dg rétrospectif

VI- F.CLINIQUES :

1 –F. topographiques:

Z .des membres

Z. cervico-brachial

Z. lombo-sacré

Z. Crânien : ***ophtalmique:*** 1 des 3 br . N. Trijumeau .
+ frqt , + grave. En cas d'att. Du nasal ext ; une kératite est possible





Zona du gg géniculé :tympan, conduit auditif ext, conque du pavillon de l'oreille

paralysie faciale périph.

Eruption sur les 2/3 ant de l'hémilangue, homol.



2 –F. selon l'éruption:

Z. généralisé

Z. hémorragique

3- F.selon le terrain:

- ✓ Enfant : ∑d infectieux +++

  douleurs ↓

- ✓ Sujet âgé : douleurs +++ (algies post-zosteriennes)
- ✓ Immunodéprimé: Zona généralisé , att. Viecérales (pneumopathie,encéphalite, hépatite)

VII –DIAGNOSTIC +: il est clinique

- Le ∑d douloureux
- L'éruption typique
- Son évolution
- NFS : leuconeutropénie ,monocytose

- **DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :**

Ex cellules vésiculaires: Ag viraux, effet cytopath

PCR du LCR

Sérologie

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

- Eczéma
- Dermo-épidérmite
- Herpès
- Varicelle
- Érysipèle de la face
- SMF

VIII – TRAITEMENT

Éviter les surinfections : antistaph

Traitement symptomatique : Sédatifs (paracétamol- codéine carbamazépine)
Soins locaux

Traitement antiviral : ***Aciclovir*** : 10mg/kg / 8h en perfusion 10-15 jours

Traitement des complications

DCI	INDICATIONS	POSOLOGIE PAR JOUR	Voie d'admini	durée
Aciclovir	F. Grave et ou de l'immunodéprimé	10mg/kg / 8h	IV	8-10 J
Valaciclovir	zona	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Valaciclovir	Zona ophtalmique	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Famciclovir	zona	500 mg x 3	ORALE	7 J

L' HERPES

PLAN

I - INTRODUCTION

II - VIROLOGIE

III - EPIDEMIOLOGIE

IV - PHYSIOPATHOLOGIE

V - CLINIQUE

VI - F. CLINIQUES

VII -DIAGNOSTIC

VIII-TRAITEMENT

IX - PROPHYLAXIE

I - GENERALITES

- Maladie virale érythémato-vésiculeuse peri-orificielle
- Virus de l'herpès
- Récidive
- Peu immunisante

II – VIROLOGIE

Herpes Virus Hominis, DNA , 2 types

Type I : Au dessus de la ceinture
contact direct
salive , lévres ,joues

Type II : Au dessous de la ceinture
Traumatisme , rapports sexuels
accouchement → N.né

III - EPIDEMIOLOGIE

- Réservoir de virus : HOMME

IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

- Primo infection latente 80 %
- Primo infection patente
- Latence dans les cell. gonglions nerveux
- Réactivation / fièvre ,stress , immunodépression
- H de sortie (MCS ….) récurrence +++

V - CLINIQUE :

A – primo-infection: 80% latente , 7mois –3 ans

Méningo-encéphalite du N.né

Septicémie

Gingivo-stomatite : fièvre +++, anorexie ,
dysphagie , hyper sialorrhée ,
vésicules , ulcérations ,
herpès labial ,menton , pouce,
ADP sous-menton. , sous-maxill
Évolution favorable 1 – 2semaines





<u>Herpès cutanéo-muqueux:</u>

péri buccal, OG , yeux ,

Picotements

Sensation de cuisson

Érythème

Vésicules en bouquet

Douleurs

ADP

Évolution : guérison 6 – 10 jours




DOIA


www.sports-sante.com

Herpès récurrent de « sortie »:

facteurs Déclenchant : MCS, PFLA ,LIH , coup de soleil stress, hormonal…

Toujours au même endroit ,chez le même malade

VI - F.CLINIQUES :

1- Terrain immunodéprimé :

herpès cutané généralisé + lésions viscérales

2- Encépahalite herpetique de l'adulte:

Encéphalite aigue nécrosante temporale

Début brutal: ∑d infectieux , hallucinations auditives ou visuelles, céphalées

Ph. d'état: coma , convulsions, hémiplégie

Ex compl: PL, EEG , TDM ou IRM CEREBRAL

Herpes génital

- Primo-infection :1 eres relat. Sex.

  incubation 2 à 7 j :

  vésicules, ulcération OGE , fiévre , malaise , ADP ing bilat douleurs, dysurie,

- Recurrences+++

<u>HERPES NEO-NATAL</u>:

TME

Sepsis grave, éruption nécrotique, atteinte multiviscérale



Syndrome de Kaposi Juliusberg:

surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpés



avant



après

soins locaux, une antibiothérapie et de l'aciclovir par voie générale

24/11/2016

VII –DIAGNOSTIC +: il est clinique

DIAGNOSTIC BIOLOG. :

Cytodgiagnostic,

immunofluorescence directe,

Culture ,

PCR

VIII – TRAITEMENT

Traitement Local : chlorexidine :Éviter les surinfections

Traitement général : Antiviral : ***Aciclovir*** :

10mg/kg / 8h en perfusion 10-15 jours

INDICATION	DCI	POSOLOGIE QUOTIDIENNE	VOIE D'ADMINI.	DUREE
PRIMO-INFECTION				
GENITALE	ACICLOVIR	200mg x5	ORALE	10 J
GINGIVO-STOMATITE	ACICLOVIR puis relais VALACICLOVIR bains de bouche + alim froide	5mg/kg / 8h 500 mg x 2	IV ORALE	8 - 10J
RECURRENCE SEVERE	VALAVICLOVIR	500 mg x 2	ORALE	5 J
ENCEPHALITE	ACICLOVIR Anticonvulsivants Soins intensifs	10 - 15mg/kg / 8h	IV	15 – 21 J

- Herpes oculaire: avis ophtalmo. en urgence

  CTC contre indiquées.

  Aciclovir en pommade: 5 applications/ J

  Pansement occlusif

- Immunodeprimé: ***Aciclovir*** : 10 à 15 mg/kg/ 8h en IV jusqu'à guérison

IX – PROPHYLAXIE :

Femme enceinte

- Récurrences : césarienne
- ATCD herpes génital surveillance (FCV)

Vos questions